flash GRIPPE

volume 4 / numéro 11

Le vendredi 10 octobre 2014

BILAN 2013-2014 : UNE SAISON MARQUÉE PAR LA CIRCULATION DU VIRUS PANDÉMIQUE

FAITS SAILLANTS

Au Québec, la dernière saison grippale a commencé[1] au début du mois de décembre 2013 et s'est terminée à la fin du mois de mai 2014. Le pic d'activité de l'influenza A est survenu entre le 12 janvier et le 1er février 2014, alors que l'activité de l'influenza B a été plus soutenue entre le 9 et le 29 mars. Les données des douze dernières années montrent que, généralement, le pic d'activité de l'influenza de type A survient en février ou en mars, alors que celui de l'influenza de type B survient en mars ou en avril. En 2013-2014, le pic d'influenza A est donc survenu plus précocement qu'au cours des dernières années.

Les virus de l'influenza de type A ont été détectés dans une proportion plus importante que ceux de l'influenza de type B (67 % et 33 % respectivement) au Québec. Pour les souches d'influenza de type A dont le sous-type a été déterminé, le sous-type d'influenza A(H1N1)pdm09 était nettement prédominant et constituait d'ailleurs >90 % des souches confirmées. C'était la première saison où ce virus a circulé de manière importante depuis la pandémie de 2009-2010. Ailleurs au Canada, aux États-Unis et au Mexique, le sous-type prédominant a aussi été l'influenza A(H1N1)pdm09 alors qu'en Europe, les sous-types d'influenza A(H1N1)pdm09 et A(H3N2) représentaient respectivement 52 % et 45 % des souches circulantes.

La majorité des indicateurs relatifs à la surveillance de l'influenza ont connu leur pic au début de l'année 2014 : le nombre d'admissions pédiatriques associées à l'influenza (semaine CDC 05), le nombre de consultations pour un syndrome d'allure grippale (SAG), les départs des urgences avec un diagnostic de pneumonie ou d'influenza (semaine CDC 05) ainsi que le pourcentage d'appels pour un SAG au service Info-Santé et Info-Social (semaines CDC 03-05). Toutefois, le nombre d'éclosions dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée a atteint son pic plus tardivement, soit au moment du pic épidémique de l'influenza B, virus qui était en cause dans la majorité des éclosions (semaines CDC 11-13).

La plupart des indicateurs montrent que la saison 2013-2014 a été d'une intensité comparable à celle observée durant les années antérieures, à l'exception de la saison 2012-2013 qui avait été particulièrement intense. Toutefois, le nombre d'hospitalisations rapportées par les centres hospitaliers pédiatriques du Québec (réseau IMPACT) est demeuré similaire à la moyenne des saisons grippales précédentes.

Pendant la saison grippale, d'autres virus respiratoires ont aussi circulé au Québec. Les données transmises par le réseau sentinelle des groupes de médecine de famille (GMF) ont permis de mettre en évidence que 31 % des virus détectés dans les échantillons prélevés étaient des virus respiratoires autres que l'influenza. La circulation du virus respiratoire syncytial (VRS) a été d'intensité faible à modérée comparativement aux années antérieures.

1. Le début de la saison grippale est défini comme la première de deux semaines consécutives pour lesquelles la détection de l'influenza est supérieure à 3 %. Dans au moins l'un des cas, le virus doit avoir été détecté par culture virale ou par test d'amplification des acides nucléiques (TAAN).

Québec

Contexte

La surveillance de la grippe saisonnière et des autres virus respiratoires repose sur la surveillance virologique assurée par le réseau des laboratoires sentinelles, la surveillance des syndromes d'allure grippale (d'après les appels au service Info-Santé, auxquels s'ajoutent les consultations dans les urgences, auprès des GMF sentinelles et dans les régions nordiques), la surveillance des éclosions dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), la surveillance des admissions pédiatriques ainsi que la surveillance des pneumonies et de l'influenza dans les centres hospitaliers du Québec.

Le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) gère un programme de surveillance de l'influenza et des autres virus des voies respiratoires. Les données sont régulièrement mises à jour sur le site Web suivant : http://www.inspq.qc.ca/influenza/surveillance-de-l-influenza.

Le Bureau de surveillance et de vigie du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) fait la mise à jour hebdomadaire des données de surveillance de la grippe, qui sont consultables à l'adresse suivante : www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/influenza/index.php?indicateurs.

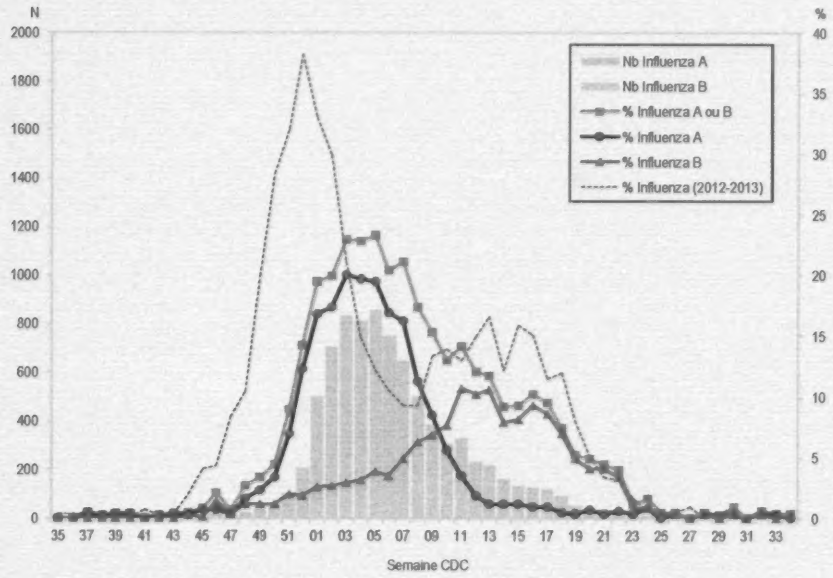
ACTIVITÉ GRIPPALE AU QUÉBEC

Surveillance virologique de l'influenza

Du 25 août 2013 au 23 août 2014, les laboratoires sentinelles ont fait 64 997 tests (culture, détection antigénique, TAAN) pour détecter la présence du virus de l'influenza. (Graphique 1) De ceux-ci, 8369 spécimens (13 %) se sont révélés positifs : 5585 (9 %) pour l'influenza A et 2784 (4 %) pour l'influenza B. Quant aux 5585 souches d'influenza A identifiées, les laboratoires sentinelles ont déterminé le sous-type de 682 (12 %) d'entre elles : 676 (99 %) appartiennent au sous-type A(H1N1) et 6 (< 1 %), au sous-type A(H3N2). Le pic d'activité de l'influenza A est survenu entre le 12 janvier et le 1er février 2014, alors que l'activité de l'influenza B a été plus soutenue entre le 9 mars et le 19 avril 2014.

GRAPHIQUE 1

Nombre et pourcentage de tests positifs d'influenza rapportés par les laboratoires sentinelles du Québec, saison 2013-2014



Source : Système intégré de vigie et de surveillance de l'influenza (SIVSI), 28 août 2014.

Caractérisation antigénique et résistance aux antiviraux

Entre le 1er septembre 2013 et le 21 août 2014, le Laboratoire national de microbiologie (LNM) du Canada a caractérisé 2 480 virus de l'influenza, dont 497 (20 %) provenant du Québec. (voir le tableau 1) L'ensemble des souches d'influenza A caractérisées par le LNM étaient contenues dans le vaccin recommandé pour l'année 2013-2014. Dans l'ensemble du Canada, la majorité des virus d'influenza A caractérisés (88 %) étaient de type A(H1N1) analogues à A/California/07/2009 (souche pandémique), alors que les autres (12 %) étaient analogues à A/Texas/50/2012. Toutefois, la circulation de l'influenza A au Québec a été largement dominée par la souche pandémique qui représentait 320 des 325 souches caractérisées (99 %).

Parmi les 894 souches d'influenza de type B caractérisées par le LNM, 864 (97 %) étaient analogues à B/Massachussetts/02/12 incluse dans le vaccin 2013-2014, les 30 autres (3 %) étant analogues à B/Brisbane/60/2008, la souche qui constituait le vaccin de l'année 2011-2012.

TABLEAU 1

Nombre, proportion (%) et profil des souches d'influenza caractérisées au Canada entre le 1er septembre 2013 et le 21 août 2014

	SOUCHE EN CIRCULATION (Québec et Canada)	SOUCHE CONTENUE VACCIN 2013-2014	SOUCHE RECOMMANDÉE VACCIN 2014-2015	NOMBRE ET PROPORTION (%) DE SOUCHES CARACTÉRISÉES	
				Au Québec	Reste du Canada
Type A					
H1N1	A/California/07/09	Oui	Oui	320 (98 %)	1 083 (86 %)
H3N2	A/Texas/50/12	Oui	Oui	5 (2 %)	178 (14 %)
Type B					
Yamagata	B/Massachusetts/02/12	Oui	Oui	166 (97 %)	698 (97 %)
Victoria	B/Brisbane/60/08	Non*	Oui**	6 (3 %)	24 (3 %)

* La souche analogue à B/Brisbane/60/08 avait fait partie de la composition du vaccin antigrippal de la saison 2011-2012.
** La souche analogue à B/Brisbane/60/08 n'est contenue que dans le vaccin injectable quadrivalent, disponible sur le marché privé.

Source : LNM, 21 août 2014.

Le profil de sensibilité aux antitviraux des souches d'influenza ayant circulé au Canada durant la saison 2013-2014 est présenté dans le tableau 2. La totalité des souches d'influenza A étaient résistantes à l'amantadine. La totalité des souches d'influenza A(H3N2) et d'influenza B étaient sensibles au zanamivir et à l'oseltamivir. Toutefois, seulement 5 souches d'influenza A(H1N1)pdm, parmi les 1 410 souches testées au LNM, étaient résistantes à l'oseltamivir (0,4 %).

TABLEAU 2

Profil de sensibilité aux antiviraux des souches d'influenza caractérisées au Canada entre le 1er septembre 2013 et le 21 août 2014

	SOUCHE EN CIRCULATION (Québec et Canada)	AMANTADINE	OSELTAMIVIR	ZANAMIVIR
Type A				
H1N1	A/California/07/09	Résistante	Sensible*	Sensible
H3N2	A/Texas/50/12	Résistante	Sensible	Sensible
Type B				
Yamagata	B/Massachusetts/02/12	s. o.	Sensible	Sensible
Victoria	B/Brisbane/60/08	s. o.	Sensible	Sensible

* Durant la saison 2013-2014, moins de 1 % des souches ont montré une résistance à l'oseltamivir.

Source : LNM, 21 août 2014.

Surveillance de la morbidité ambulatoire

Consultations dans les GMF

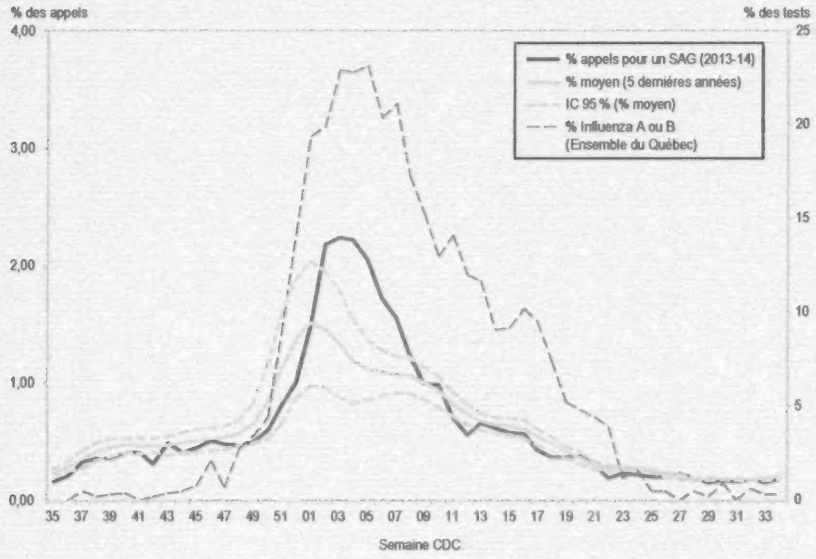
Dans le cadre des consultations pour un SAG ou un autre syndrome respiratoire faites auprès du réseau sentinelle des GMF, 630 prélèvements ont été acheminés au LSPQ entre le 25 août 2013 et le 19 avril 2014. Parmi les patients chez qui l'on a fait ces prélèvements, 57% étaient des femmes, tandis que les enfants âgés de moins de 2 ans et les personnes âgées de 65 ans et plus n'en représentaient, respectivement, que 3% et 5%. Une condition sous-jacente a été rapportée pour 16% de ces patients et ils étaient également 16% à avoir reçu le vaccin contre la grippe saisonnière 2013-2014. Un virus respiratoire a été identifié dans 453 prélèvements (72%). Les virus de l'influenza A et de l'influenza B représentaient 69% des prélèvements positifs : 205 prélèvements (45%) se sont avérés positifs pour l'influenza de type A – dont 202 (98%) étaient de sous-type A(H1N1)pdm09 – et 108 (24%), pour l'influenza de type B. En ce qui concerne les autres virus respiratoires les plus fréquemment identifiés, on a trouvé 35 rhinovirus/entérovirus (8%), 28 virus respiratoire syncytial (6%), 28 métapneumovirus humain (6%) et 28 coronavirus commun (6%).

Appels à Info-Santé

Au cours de la saison 2013-2014, le pourcentage des appels à Info-Santé pour un syndrome d'allure grippale (SAG) est demeuré dans les valeurs attendues sauf en janvier et en février, où il s'est situé au-delà de ces valeurs. La hausse du pourcentage coïncide avec le pic d'activité de l'influenza de type A. (Graphique 2)

GRAPHIQUE 2

Pourcentage des appels pour un syndrome d'allure grippale (SAG)*
au service Info-Santé et Info-Social, Québec, saison 2013-2014



* Le pourcentage moyen des appels pour un SAG est calculé à partir des pourcentages de la semaine correspondante, de la semaine précédente et de la semaine suivante des cinq saisons précédentes. Toutefois, les données relatives à la période du 19 avril 2009 au 26 décembre 2009 inclusivement n'entrent pas dans le calcul du pourcentage moyen en raison de la saisonnalité et de l'intensité atypiques de la pandémie d'influenza A(H1N1).

Source : Système intégré de vigie et de surveillance de l'influenza (SIVSI), 28 août 2014.

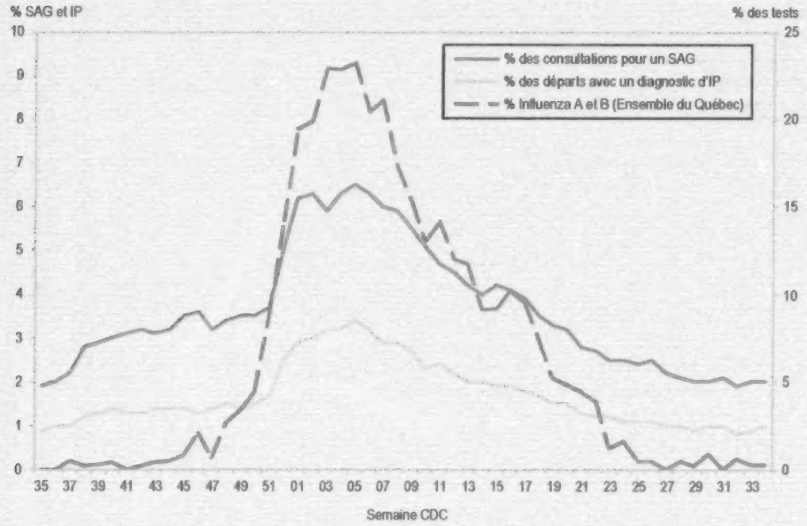
Surveillance de la morbidité hospitalière

Consultations dans les centres hospitaliers

Au cours de la saison 2013-2014, le nombre de consultations pour un SAG dans les urgences et les centres hospitaliers du Québec a été de 133 711, soit 3,6 % de l'ensemble des consultations enregistrées pendant la saison 2013-2014. Durant la même période, un total de 665 départs de l'urgence portant un code diagnostic d'influenza ou de pneumonie ont été enregistrés, ce qui représente 1,7 % des consultations. Les proportions des consultations pour un SAG ainsi que des départs de l'urgence après une pneumonie ou l'influenza apparaissent similaires à celles qui ont été établies pour les trois années antérieures. Les pics des consultations pour un SAG et des départs de l'urgence après une pneumonie ou l'influenza sont tous deux survenus au cours de la semaine CDC 05, ce qui correspond au pic d'activité de l'influenza A.

GRAPHIQUE 3

Pourcentage hebdomadaire des consultations à l'urgence pour un syndrome d'allure grippale (SAG)* et indice des départs de l'urgence avec un diagnostic d'influenza ou de pneumonie (IP), Québec, saison 2013-2014



* Le pourcentage moyen des appels pour un SAG est calculé à partir des pourcentages de la semaine correspondante, de la semaine précédente et de la semaine suivante des cinq saisons précédentes. Toutefois, les données relatives à la période du 19 avril 2009 au 26 décembre 2009 inclusivement n'entrent pas dans le calcul du pourcentage moyen en raison de la saisonnalité et de l'intensité atypiques de la pandémie d'influenza A(H1N1).

Source : Système intégré de vigie et de surveillance de l'influenza (SIVSI), 28 août 2014.

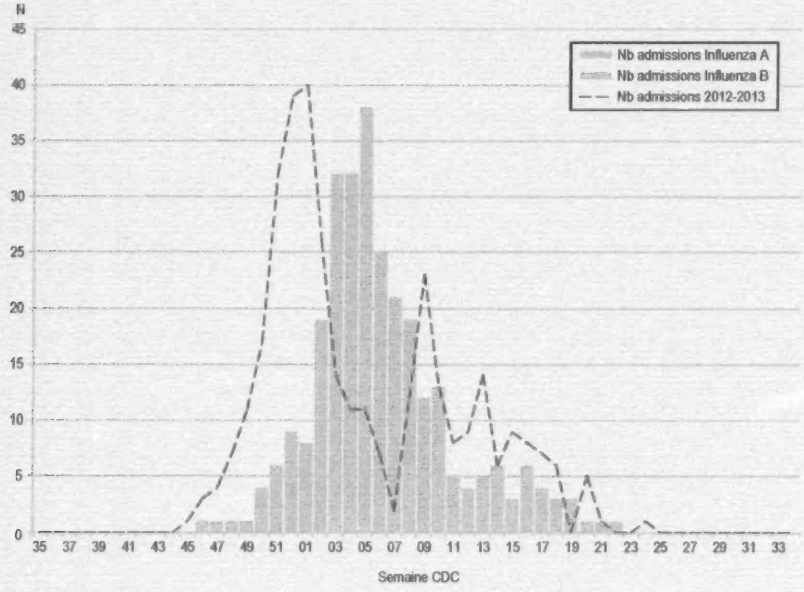
Surveillance active dans les hôpitaux pédiatriques

Trois centres hospitaliers pédiatriques du Québec participent au programme canadien de surveillance active de l'immunisation (IMPACT) : le Centre mère-enfant Soleil (CMES) à Québec, le CHU Sainte-Justine et l'Hôpital de Montréal pour enfants. Durant la saison 2013-2014, 284 admissions associées à l'influenza ont été rapportées au réseau canadien par ces trois centres. Ce nombre correspond à un retour à ce que l'on observait avant la saison 2012-2013, année où l'on avait observé une augmentation des hospitalisations pédiatriques de l'ordre de 20 %. Parmi les admissions survenues durant la saison 2013-2014, 220 (77 %) étaient associées à l'influenza de type A et 64 (23 %), à l'influenza de type B. Le pic est survenu au cours de la semaine CDC 05, soit entre le 26 janvier et le 5 février 2014, où 38 admissions hebdomadaires ont été rapportées, ce qui est similaire à ce qui avait été observé pour l'année 2012-2013. (Graphique 4)

La distribution des patients admis par groupe d'âge demeure similaire à celle des années antérieures, tant pour l'influenza A que pour l'influenza B. Parmi les enfants hospitalisés, 19 % étaient âgés de moins de 6 mois, 27 % avaient de 6 à 23 mois, 31 % avaient entre 2 et 4 ans, 17 % avaient de 5 à 9 ans et 6 % étaient âgés de 10 à 16 ans. La plus forte proportion des admissions attribuables à l'influenza de type A demeure le groupe d'âge des 2 à 4 ans (31 %), alors que la plus forte proportion des admissions attribuables à l'influenza de type B demeure celui des 5 à 9 ans (36 %).

GRAPHIQUE 4

Nombre d'hospitalisations associées à l'influenza rapporté par les centres québécois du réseau IMPACT, Québec, saison 2013-2014



Source : Système intégré de vigie et de surveillance de l'influenza (SIVSI), 28 août 2014.

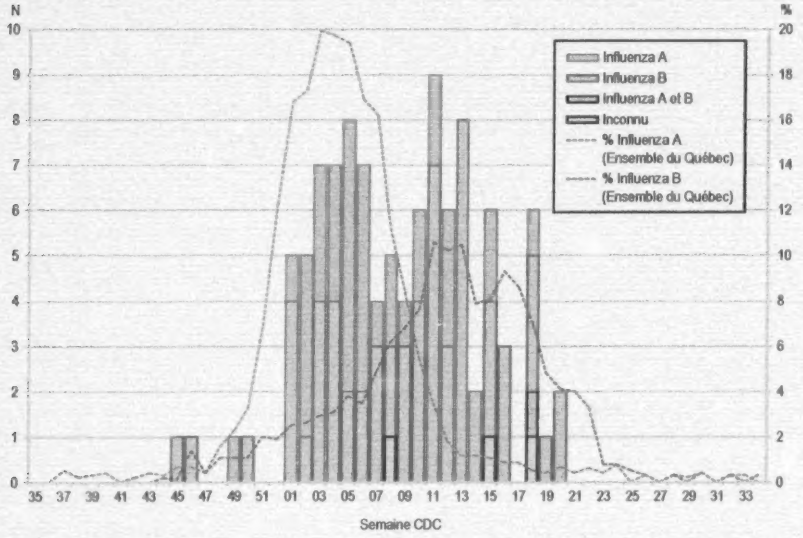
Surveillance des éclosions dans les CHSLD

Au cours de la saison grippale 2013-2014, 104 éclosions d'influenza dans des CHSLD ont été rapportées. Ce nombre est inférieur au nombre d'éclosions dans les CHSLD déclarées au cours des trois dernières années, qui variait de 150 à 282 annuellement (moyenne de 161). Ainsi que le montre le graphique 5, parmi ces 104 éclosions, on rapporte 37 éclosions d'influenza A (36 %), 63 éclosions d'influenza B (61 %), 1 éclosion mixte d'influenza A et d'influenza B ainsi que 3 éclosions d'influenza de type inconnu (3 %). La saison 2013-2014 a été marquée par des éclosions d'influenza B, qui comptent pour 61 % des éclosions déclarées alors qu'elles ne représentaient que 7 % des éclosions observées au cours des trois dernières années ($p < 0,0001$). Le pic hebdomadaire du nombre d'éclosions ($n = 9$) qui a été établi pour la semaine du 9 au 15 mars 2014 (semaine CDC 11) s'avère largement inférieur au pic du nombre d'éclosions observées au terme de la saison précédente ($n = 55$). Ces éclosions ont été rapportées par 9 des 18 régions sociosanitaires, et en majorité par les régions de Montréal ($n = 23$), de la Capitale-Nationale ($n = 20$), de la Montérégie ($n = 15$) et des Laurentides ($n = 10$).

Au cours de la saison grippale 2013-2014, le nombre moyen de cas par éclosion s'élève à 10 (étendue : 2-77), ce qui est légèrement inférieur à la moyenne obtenue pour les trois saisons grippales précédentes (17 en 2012-2013 et 19 en 2011-2012). La proportion des cas ayant été hospitalisés se situe à 6,9% et celle des cas qui sont décédés, à 6,2%. La proportion des cas hospitalisés en 2013-2014 est statistiquement supérieure à celle qui s'observait au cours des trois dernières saisons (6,9% contre 2,9%) La durée[2] moyenne des éclosions est de 8 jours (étendue : 1-48) ce qui est légèrement inférieur aux moyennes observées depuis 2010-11 (9-13 jours).

GRAPHIQUE 5

Nombre d'éclosions d'influenza dans les CHSLD, selon le type et la semaine de déclaration, Québec, saison 2013-2014



Source : Système intégré de vigie et de surveillance de l'influenza (SIVSI), 27 août 2014.

LES AUTRES VIRUS RESPIRATOIRES AU QUÉBEC

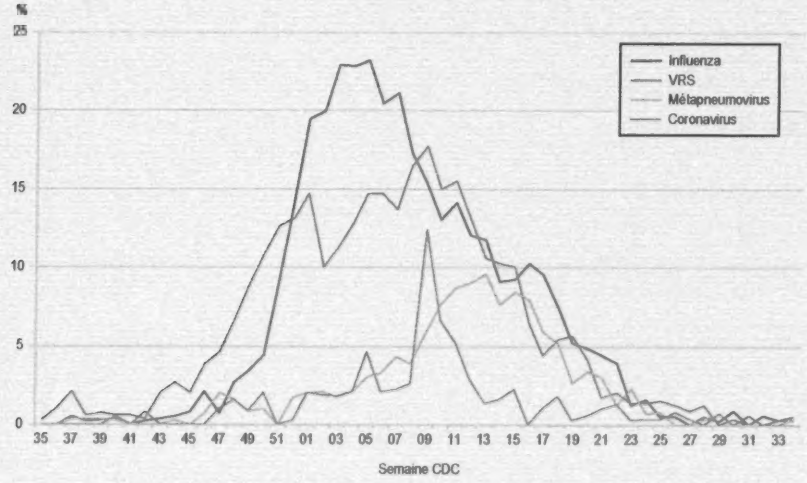
Autres virus respiratoires en circulation

Au cours de la saison grippale 2013-2014, d'autres virus causant diverses infections des voies respiratoires ont aussi circulé. (Graphique 6) Le coronavirus commun a circulé de façon modérée durant presque toute la saison, avec une hausse soudaine observée dans la semaine du 23 février au 1er mars 2014. La circulation du métapneumovirus humain (hMPV) était plus importante en mars et en avril, de façon concomitante avec celle de l'influenza B.

2. La durée d'une éclosion est estimée en soustrayant la date du début des symptômes du premier cas de la date du début des symptômes du dernier cas.

GRAPHIQUE 6

Pourcentage des tests positifs pour les principaux virus respiratoires rapportés par les laboratoires sentinelles du Québec, saison 2013-2014

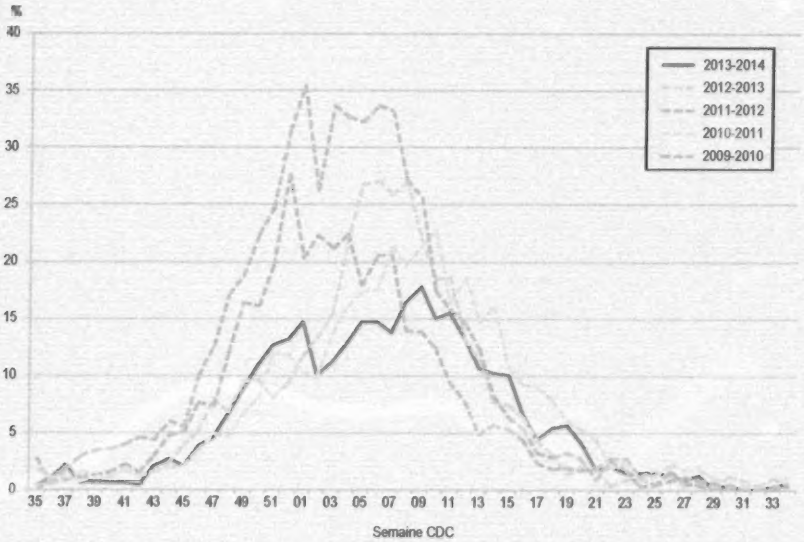


Source : Système intégré de vigie et de surveillance de l'influenza (SIVSI), 25 août 2014.

Le virus respiratoire syncytial (VRS) a circulé de façon concomitante avec l'influenza A. Le pic d'activité du VRS est survenu à la fin du mois de février, après le pic d'activité de l'influenza A (fin de janvier) et avant celui de l'influenza B (mars et avril). La courbe épidémique qui s'observe en 2013-2014 pour le VRS est similaire à celle de l'année précédente, mais son intensité maximale est plus faible que celle qui a été observée au cours des cinq dernières années. (Graphique 7) La proportion maximale des tests positifs pour le VRS a atteint 17% en 2013-2014, ce qui correspond à une baisse de 30% par rapport à l'année précédente.

GRAPHIQUE 7

Pourcentage des tests positifs pour le virus respiratoire syncytial (VRS) rapportés par les laboratoires sentinelles du Québec au cours des cinq dernières saisons 2009-2014



Source : Système intégré de vigie et de surveillance de l'influenza (SIVSI), 25 août 2014.

LES VIRUS RESPIRATOIRES ÉMERGENTS DANS LE MONDE

Influenza A(H3N2)v chez l'humain

Les virus de l'influenza qui circulent chez les animaux sont appelés « variants » lorsqu'ils sont trouvés chez les humains. Les premières souches variantes de l'influenza A(H3N2), aussi appelées A(H3N2)v, ont été détectées chez les humains en juillet 2011. Ces virus avaient préalablement été identifiés chez des porcs, aux États-Unis, en 2010. En 2011, 12 cas humains d'infection d'influenza A(H3N2)v y avaient été rapportés, plus précisément en Indiana, en Iowa, dans le Maine, en Pennsylvanie et en Virginie. En 2012, 309 cas humains ont été rapportés par 12 États. En 2013, 19 cas avaient été rapportés dans 5 États différents, ce qui porte le nombre total de cas à 340. De ce nombre, 17 ont dû être hospitalisés ; on compte un décès, celui d'une personne présentant de multiples conditions sous-jacentes. Ces infections ont été associées à une exposition aux porcs, particulièrement à l'occasion de foires agricoles. La transmission interhumaine de ce virus a déjà été rapportée (en Iowa et en Virginie) dans la littérature scientifique, mais aucune transmission soutenue n'a encore été observée.

En 2014, le premier cas d'influenza A(H3N2)v été identifié au mois d'août. Ce cas est lui aussi associé à une exposition aux porcs pendant une foire agricole, et aucune transmission interhumaine n'a été détectée. Les analyses portant sur le virus identifié en août 2014 laissent voir un profil génétique légèrement différent des souches d'influenza A(H3N2)v identifiées dans les éclosions survenues de 2011 à 2013.

Influenza A(H7N9) en Chine

Le 1er avril 2013, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) rapportait une éclosion associée à un nouveau virus d'influenza A(H7N9) d'origine aviaire en Chine. En date du 27 juin 2014, deux vagues épidémiques distinctes avaient été observées, portant le total des cas d'infection à A(H7N9) à 450 cas déclarés. La majorité des cas concernent des hommes et l'âge médian était de 58 ans (62 ans pour la première vague et 57 pour la deuxième). Bien que quelques patients aient présenté une symptomatologie bénigne, en particulier les jeunes enfants, la plupart des cas ont développé une infection respiratoire sévère et 165 d'entre eux en sont décédés (létalité : 37 %).

La majorité des cas confirmés (> 80 %) ont rapporté un contact avec de la volaille ou un environnement contaminé et cette souche virale a déjà été identifiée chez la volaille en Chine. Aucun changement antigénique n'a été noté depuis le début de l'éclosion d'influenza A(H7N9). Les contacts étroits des cas confirmés d'influenza A(H7N9) ont fait l'objet d'une investigation ; aucune évidence de transmission interhumaine soutenue n'a été démontrée et celle-ci apparaît peu probable. Toutefois, quatorze agrégats familiaux laissent croire qu'une transmission limitée (deux ou trois contacts familiaux) peut se produire à la suite de contacts étroits et prolongés avec une personne infectée. Le seul cas d'influenza A(H7N9) rapporté à l'extérieur de la Chine concernait un voyageur chinois en direction de la Malaisie. Jusqu'à maintenant, ce nouveau virus n'a été identifié ni chez les humains ni chez les oiseaux au Canada.

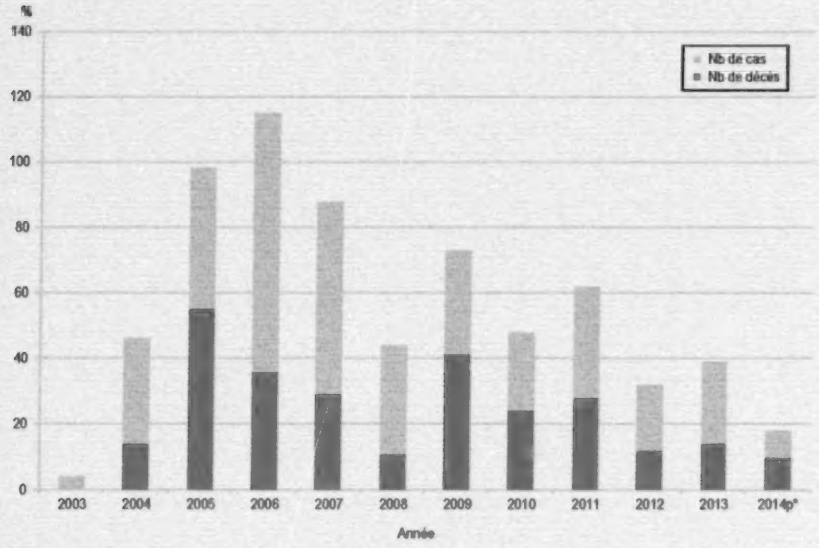
Influenza A(H5N1) chez l'humain

Entre le 1er janvier 2003 et le 27 juin 2014, l'OMS a répertorié au total 667 cas humains d'influenza A(H5N1) ; 393 d'entre eux se sont soldés par un décès, pour une létalité de 59 %. (Graphique 8) Ces cas ont été rapportés principalement par l'Indonésie (30 %), l'Égypte (27 %) et le Vietnam (19 %).

De ce nombre, 18 cas et 8 décès ont été déclarés dans les six premiers mois de 2014 par le Cambodge (9 cas et 4 décès), l'Égypte (3 cas), le Vietnam (2 cas décédés), l'Indonésie (2 cas décédés) et la Chine (2 cas). En janvier 2014, un premier cas d'influenza A(H5N1) a été déclaré au Canada, ce qui constituait le premier cas déclaré en Amérique du Nord. L'homme, un résident de l'Alberta revenait d'un séjour en Chine.

GRAPHIQUE 8

Nombre de cas humains d'influenza A(H5N1) hautement pathogène et de décès confirmés, rapportés annuellement à l'OMS depuis 2003



* : p = partiel (du 1er janvier au 27 juin 2014).

Source : OMS, 24 juin 2014.

L'OMS présente le tableau complet des cas humains survenus depuis 2003 à l'adresse suivante : www.who.int/influenza/human_animal_interface/H5N1_cumulative_table_archives/en/.

L'OMS présente des mises à jour périodiques du nombre de cas à l'adresse suivante : www.who.int/influenza/human_animal_interface/HAI_Risk_Assessment/en/.

Coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV)

En septembre 2012, l'OMS rapportait les premiers cas de pneumonie causés par le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV). En date du 23 juillet 2014, elle rapportait rapportait 837 cas confirmés de MERS-CoV, dont 291 décès (létalité : 35 %). Ces cas se sont déclarés dans plusieurs pays du Moyen-Orient (Jordanie, Arabie saoudite, Qatar, Émirats arabes unis, Oman, Koweït, Yémen, Liban et Iran), mais pour la vaste majorité en Arabie saoudite. Certains cas ont été exportés dans d'autres pays, soit en France, au Royaume-Uni, en Italie, en Allemagne, en Tunisie, en Malaisie, aux Philippines, en Grèce, en Égypte, aux États-Unis, aux Pays-Bas et en Algérie. Une transmission locale et limitée a été observée parmi des contacts étroits n'ayant pas voyagé au Moyen-Orient.

Les personnes atteintes du MERS-CoV ont entre 9 mois et 94 ans (médiane : 47 ans) et la majorité d'entre elles présentaient une maladie chronique sous-jacente. Près des deux tiers des cas sont des hommes (64 %). Près de la moitié des cas ont évolué vers une maladie respiratoire sévère (45 %) et, dans certains cas, vers une insuffisance rénale sévère. Toutefois, environ un tiers (29 %) des infections seraient légères ou asymptomatiques.

Il semble de plus en plus clair que l'infection à MERS-CoV soit transmise par un contact direct ou indirect avec les chameaux. La transmission interhumaine du MERS-CoV semble limitée aux contacts très étroits et il n'y a pas d'évidence de transmission soutenue dans la communauté. Par contre, on a observé plusieurs éclosions dans des milieux hospitaliers où les mesures de prévention et de contrôle des infections étaient sous-optimales et la transmission du virus entre les patients infectés et les travailleurs de la santé a été documentée. De fait, environ 25 % des cas déclarés en Arabie saoudite sont survenus chez des travailleurs de la santé. La proportion des cas asymptomatiques apparaît plus élevée pour les travailleurs de la santé infectés (58 %) que pour la communauté. Toutefois, la source d'exposition demeure inconnue pour plusieurs des cas d'infection à MERS-CoV.

Vaccination

Vaccin contre la grippe saisonnière (prochaine saison : 2014/2015)

Les vaccins contre la grippe saisonnière qui seront distribués l'automne prochain dans l'hémisphère Nord contiendront les souches analogues à A/California/07/2009 (H1N1)pdm09, à A/Texas/50/2012 (H3N2) et à B/Massachusetts/2/2012, auxquelles s'ajouteront la souche analogue à B/Brisbane/60/2008 dans un vaccin quadrivalent qui sera disponible sur le marché privé. Pour obtenir davantage d'information concernant les produits immunisants, les principes généraux en immunologie et en immunisation, sur les calendriers de vaccination ou sur les manifestations cliniques après la vaccination, vous pouvez consulter le *Protocole d'immunisation du Québec*, à l'adresse suivante : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/piq/piq_complet.pdf

Le MSSS met à votre disposition une fiche indicative pouvant aider les intervenants à déterminer quelles personnes sont visées par le programme de vaccination gratuite contre la grippe saisonnière. Ce document est accessible à l'adresse suivante : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2014/14-278-26F.pdf

Virus respiratoires en émergence

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) suit de près la situation des virus respiratoires émergents, notamment ceux de l'influenza A(H7N9) et du MERS-CoV. Elle a mis en ligne des recommandations à l'intention des cliniciens et des autorités de santé publique des différentes provinces ainsi que des conseils pour les voyageurs à destination de la Chine et du Moyen-Orient. Ces recommandations sont consultables aux adresses suivantes : www.phac-aspc.gc.ca/eri-ire/h7n9/index-fra.php et www.phac-aspc.gc.ca/eri-ire/coronavirus/index-fra.php.

Au Québec, la Direction de la protection de la santé publique a mis en ligne ses recommandations concernant la gestion des cas et des contacts d'influenza A(H7N9) ou de MERS-CoV. Deux documents sont consultables aux adresses suivantes :
Fiche technique sur l'influenza A(H7N9) : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2014/14-271-05W.pdf,
Fiche technique sur le MERS CoV : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-271-04W.pdf.

Si un patient hospitalisé présente des symptômes respiratoires ainsi que des signes de progression vers une maladie sévère et qu'aucun autre diagnostic n'a pu être établi, dans les 72 premières heures de son hospitalisation, pour expliquer sa maladie de manière satisfaisante, le patient pourrait être un cas de maladie respiratoire sévère infectieuse (MRSI). La définition des cas de MRSI et les recommandations pour la gestion de ces cas et de leurs contacts ont été mises à jour par la Direction de la protection de la santé publique ; elles apparaissent dans le document intitulé *Recommandations pour les maladies respiratoires sévères infectieuses d'étiologie indéterminée.*

Ce document et les fiches techniques portant sur les agents respiratoires émergents sont consultables à l'adresse WEB suivante : www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/#mrsi.

Conseils de santé aux voyageurs

Les conseils de santé que l'Agence de la santé publique du Canada donne aux voyageurs se trouvent sur le site Web de l'Agence, à l'adresse suivante : www.phac-aspc.gc.ca/tmp-pmv/notices-avis/index-fra.php.

Voyageurs à destination du Moyen-Orient (MERS-CoV)

En date du 24 juillet 2014, l'ASPC a mis à jour ses recommandations à l'intention des voyageurs à destination des pays du Moyen-Orient, soit : la Jordanie, l'Arabie saoudite, le Qatar, les Émirats arabes unis, l'Oman, le Koweït, le Yémen, le Liban et l'Iran. L'Agence recommande à ces voyageurs de suivre les précautions sanitaires habituelles et d'éviter tout contact direct avec les animaux de ferme ou sauvages tels que les chameaux et les chauves-souris. Elle leur recommande également d'éviter de consommer des aliments pouvant être contaminés par des sécrétions animales, de la viande crue, de l'urine de chameau (une pratique associée à des fins médicinales dans certaines régions) et des produits laitiers, comme le lait de chameau, non pasteurisés.

Voyageurs à destination de la Chine (influenza aviaire H7N9 et autres)

En date du 17 février 2014, l'ASPC a mis à jour ses recommandations à l'intention des voyageurs à destination de la Chine. En plus de suivre les précautions sanitaires habituelles, ces derniers devraient réduire leur risque d'exposition à la grippe aviaire en évitant : les fermes d'élevage de volailles et les marchés d'oiseaux vivants ; les contacts directs avec les poules, les canards et les oiseaux sauvages ; les surfaces contaminées par les excréments et les sécrétions d'oiseaux.

Voyageurs à destination de l'Asie, du Moyen-Orient, de l'Europe et de l'Afrique (influenza aviaire H5N1)

En date du 16 avril 2014, l'ASPC a mis à jour ses recommandations à l'intention des voyageurs qui se rendent dans une zone où il existe un risque d'influenza aviaire (H5N1), soit l'Azerbaïdjan, le Bengladesh, la Birmanie, le Cambodge, la Chine, le Djibouti, l'Égypte, l'Indonésie, l'Iraq, le Laos, le Nigéria, le Pakistan, la Thaïlande, la Turquie et le Vietnam. En plus de suivre les mesures sanitaires habituelles, ces voyageurs devraient réduire leur risque d'exposition à la grippe aviaire en évitant les fermes d'élevage de volailles et les marchés d'oiseaux vivants, les contacts directs avec les poules, les canards et les oiseaux sauvages ainsi que les surfaces contaminées par les excréments et les sécrétions d'oiseaux, et en s'assurant que les plats à base de volaille (y compris ceux à base d'œufs) sont bien cuits.

Pour obtenir des renseignements plus précis concernant les pays où existe un risque saisonnier ou annuel d'exposition au virus de l'influenza, se référer au *Guide d'intervention santé-voyage* de l'INSPQ :
www.inspq.qc.ca/sante-des-voyageurs/guide-d-intervention-sante-voyage.

Surveillance de la grippe saisonnière

OMS : http://www.who.int/influenza/fr/

États-Unis : www.cdc.gov/flu/weekly/

MSSS : www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/influenza

ASPC : www.phac-aspc.gc.ca/fluwatch/index-fra.php

INSPQ/LSPQ : www.inspq.qc.ca/influenza/surveillance-de-l-influenza

Surveillance de l'influenza aviaire et du MERS-CoV

OMS : www.who.int/csr/don/en

États-Unis : www.cdc.gov/flu/avianflu/h7n9-virus.htm

États-Unis : www.cdc.gov/coronavirus/mers/

ASPC : www.phac-aspc.gc.ca/eri-ire/index-fra.php

FAO : www.fao.org/avianflu/fr/index_fr.html

OIE : www.oie.int/fr/info_ev/fr_AI_avianinfluenza.htm

AUTEURS DU PRÉSENT NUMÉRO : M^me^ Isabelle Rouleau, avec la collaboration de la D^re^ Monique Landry, de M^me^ Marlène Mercier ainsi que des membres du Groupe provincial de surveillance et de vigie de l'influenza (GPSVI) : D^r^ Hugues Charest, D^re^ Monique Douville-Fradet, M^me^ Julie Fortin, D^re^ Christine Lacroix, D^re^ Renée Paré et D^re^ Louiselle Leblanc.

Il est possible d'obtenir de l'information sur le *Flash grippe* en consultant le site Web du MSSS, à l'adresse suivante : **www.msss.gouv.qc.ca/influenza**.

Les personnes qui veulent recevoir les avis de parution du Flash grippe par courriel peuvent s'inscrire à l'adresse suivante : **www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/influenza/index.php?abonnement**.

PROCHAINE PARUTION : PROMOTION DE LA CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE LA GRIPPE – OCTOBRE 2014

Le bulletin *Flash grippe* est produit par le Bureau de surveillance et de vigie du ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec le Groupe provincial de surveillance et de vigie de l'influenza (GPSVI). Son contenu reflète les données de surveillance provenant des laboratoires sentinelles, des centres de santé nordiques (régions sociosanitaires 17 et 18), du service Info-Santé et Info-Social, des groupes de médecine familiale sentinelles ainsi que des urgences et des centres hospitaliers du Québec.

14-294-05W © Gouvernement du Québec, 2014
ISSN : 1927-7924

Santé et Services sociaux Québec